

.....
(miejscowość, data)

Oświadczenie

o udzielaniu bezpośredniej pomocy osobie z niepełnosprawnością

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

oświadczam, że wskazany przeze mnie opiekun:

Pani/Pan:

PESEL:

jest przygotowany/a do realizacji wobec mnie / mojego podopiecznego / mojego dziecka usług opieki wytchnieniowej, gdyż świadczył/a on/a usługi wobec mnie / mojego podopiecznego / mojego dziecka przez okres co najmniej 6 miesięcy (tj. łącznie miesięcy).

W ramach świadczonych usług wykonywał/-a czynności typowe dla opieki wytchnieniowej, w tym:

- wsparcie w czynnościach dnia codziennego (np. ubieranie, higiena osobista, spożywanie posiłków),
- towarzyszenie w wizytach medycznych i załatwianiu codziennych spraw,
- wspieranie aktywności społecznej i organizowanie czasu wolnego.

Niniejsze oświadczenie wydaję w celu potwierdzenia doświadczenia opiekuna w realizacji usług opieki wytchnieniowej zgodnie z wymaganiami Programu Opieka Wytchnieniowa – edycja 2026.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie